

# Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



## Éditorial

n°57

L'édition 2015 du recueil "En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté"<sup>1)</sup> vient de paraître. En prolongeant cette initiative portée par ATD Quart Monde, certaines idées fausses sur les bénéficiaires de la CMU-C et de l'aide à la complémentaire santé doivent être dissipées par les résultats d'études et d'observations menés depuis la création de ces dispositifs. Je souhaite ici rappeler certains de ces résultats.

Les bénéficiaires ne sont pas surconsommateurs de soins. A état de santé égal, il n'y a pas de différence de consommation de soins entre un bénéficiaire et un non bénéficiaire. Seul l'état de santé des bénéficiaires des dispositifs, en moyenne inférieur à celui de la population, explique un recours aux soins supérieur. Cet état de santé dégradé s'explique lui-même par des renoncements aux soins ou un accès aux soins retardé avant que le bénéficiaire n'entre dans le dispositif. Il traduit aussi de manière concrète les inégalités sociales de santé qui existent fortement dans notre pays.

D'autres indicateurs nous montrent que les bénéficiaires n'ont pas de comportements atypiques, mais suivent les règles mises en place pour contrôler le parcours de soins. Ainsi, les bénéficiaires de la CMU-C sont près de 92 % à avoir choisi un médecin traitant, soit un taux un peu supérieur à celui de l'ensemble de la population.

Le taux de fraude à la CMU-C reste marginal, 841 fraudes ont été détectées par la CNAMTS en 2012, pour un montant total de 600 000 € (à comparer aux 2 milliards de dépense de la CMU-C).

Enfin, la question du non-recours aux droits invalide fortement ces idées reçues. Il s'avère aujourd'hui que plus de 2 millions de personnes, qui pourtant remplissent les conditions pour bénéficier de ces dispositifs, n'en font pas la demande.

Ainsi, la connaissance approfondie des dispositifs et de leur impact réel sur leurs bénéficiaires doit permettre de déconstruire un certain nombre de clichés. En matière d'accès aux soins, la constitution d'une solide base d'études, notamment économique et sociologique, à laquelle le Fonds CMU contribue, permet de poser les débats politiques à partir de faits avérés. Ce travail doit être poursuivi, et le Fonds CMU y prendra toute sa part, afin de ne pas remettre en cause la légitimité et l'efficacité de ces dispositifs.

Vincent Beaugrand  
Directeur du Fonds CMU

<sup>1)</sup> "En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté - 2015"  
Les éditions Quart Monde et les éditions de l'atelier  
Auteurs : Jean-Christophe Sarrot, Bert Luyts, Marie-France Zimmer

## PLFSS pour 2015

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'Etat au budget ont présenté, le 29 septembre, à la commission des comptes de la sécurité sociale, le projet de financement de la sécurité sociale pour 2015. A cette occasion, la mise en place du tiers-payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015 a été confirmée.

Une mesure tendant à rationaliser la fiscalité des contrats d'assurance maladie complémentaire a également été présentée. Elle vise à fusionner la taxe sur les conventions d'assurances (TSCA) et la taxe de additionnelle (TSA) aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, qui sont dues par les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance. Actuellement, ces organismes déclarent et versent ces taxes à deux échéances différentes, auprès de deux organismes différents (URSSAF et DGFIP). Or, l'assiette de ces deux taxes est quasiment identique et leur objet est similaire. La mesure proposée consiste à regrouper la TSCA et la TSA au sein d'une TSA modifiée dont le taux serait modulé en fonction des caractéristiques des contrats.

Il s'agit d'une mesure de simplification pour les entreprises concernées qui n'auront désormais qu'un seul interlocuteur en matière de fiscalité des contrats d'assurance maladie et ne déclareront ainsi qu'une seule fois la totalité de la taxe grevant ces contrats. Elle est sans impact pour les assurés dont le taux d'assujettissement global reste inchangé.

## Mise en concurrence des contrats ACS

Pour assurer la réussite du nouveau dispositif de l'ACS et faciliter la période de transition, la loi du 8 août 2014 n° 2014-892 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, a introduit plusieurs dispositions ayant trait à la procédure de mise en concurrence des contrats ACS. L'article 11 reporte l'entrée en vigueur de la réforme au 1<sup>er</sup> juillet 2015 et étend le bénéfice de l'ACS aux contrats collectifs facultatifs, ce qui permettra à plusieurs organismes complémentaires de présenter une offre groupée en coassurance. L'article 12 permet à toute personne se voyant attribuer l'ACS de résilier son contrat en cours ou de le modifier si l'organisme auprès duquel elle est assurée est habilitée à proposer des contrats éligibles à l'ACS. Cet article permet aux personnes se voyant attribuer l'ACS alors qu'elles sont déjà engagées dans un contrat d'utiliser immédiatement leur aide sur un contrat éligible à l'ACS.

A l'heure où nous rédigeons, le décret d'application de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014, introduisant la procédure de mise en concurrence des contrats ACS, n'est pas encore publié. Il doit préciser les conditions de sélection des contrats éligibles à l'ACS et les niveaux de garanties de ces contrats.

Après l'adoption du décret, sera publié un avis d'appel à concurrence assorti d'un cahier des charges définissant les critères de notation des offres et leur pondération. Les offres présentées par les organismes complémentaires seront notées par une commission administrative. Sur la base de cette notation, un arrêté ministériel désignera les contrats retenus.

## Projet de loi de santé

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, a présenté les grandes orientations de la loi de santé. Cette loi de refondation du système de santé s'articule autour de quatre objectifs.

Le premier objectif est d'inscrire la prévention comme un des socles de la politique de santé notamment en direction des plus jeunes. Le deuxième objectif est d'améliorer la prise en charge des patients. Le troisième objectif est de développer les innovations technologiques. Enfin, le quatrième objectif de la loi de santé est d'établir une nouvelle gouvernance pour une politique de santé plus performante.

Concernant l'amélioration de la prise en charge des patients, la mise en place d'un service territorial de santé au public permettant un accès aux soins simplifié est prévue. L'objectif est de lever les obstacles financiers, de garantir l'accès aux soins sur tout le territoire et de mettre en place un parcours organisé. Les moyens proposés pour lutter contre les barrières financières de l'accès aux soins sont la généralisation du tiers-payant intégral, l'extension aux bénéficiaires de l'ACS de l'opposabilité des tarifs des produits et prestations de santé d'ores et déjà applicable aux bénéficiaires de la CMU-C ; l'évaluation par le conseil national de l'ordre des pratiques discriminatoires des praticiens dans l'accès à la prévention et aux soins et la création d'un observatoire des refus de soins qui sera notamment chargé d'effectuer des tests de situation.

## La CMU en chiffres

### ■ Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

Au 31 juillet 2014, on dénombre 5,12 millions de bénéficiaires de la CMU-C, pour la France entière, tous régimes confondus. Le cap des 5 millions de bénéficiaires a été passé au mois de mars.

#### Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 juillet 2014 \*

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 034 710	587 763	4 622 473	630 276
Régime social des indépendants	294 035	11 515	305 550	51 924
Régime agricole	109 591	10 566	120 157	23 239
Autres régimes et SLM	64 877	11 744	76 621	26 119
<b>Total Juillet 2014</b>	<b>4 503 213</b>	<b>621 588</b>	<b>5 124 801</b>	<b>731 558</b>

\*Données provisoires / Sources : tous régimes.

L'évolution des effectifs de la CMU-C atteint 9,1 % en un an, dont 9,3 % en métropole et 7,5 % dans les Dom. Cette progression intègre la mise en application de la mesure de relèvement du plafond CMU-C de 8,3 % au 1<sup>er</sup> juillet 2013. En ACM<sup>1</sup>, l'évolution est de 8,3 % pour l'ensemble du territoire.

1) ACM : Année complète mobile.

#### Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 juillet 2013 au 31 juillet 2014 \*

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+ 9,1 %	+ 7,9 %	+ 8,9 %	+ 6,2 %
Régime social des indépendants	+ 9,2 %	0	+ 8,5 %	+ 0,1 %
Régime agricole	+ 16,1 %	0	+ 14,3 %	+ 19,6 %
Autres régimes et SLM	+ 11,9 %	+ 15,2 %	+ 12,4 %	+ 5,2 %
<b>Total</b>	<b>+ 9,3 %</b>	<b>+ 7,5 %</b>	<b>+ 9,1 %</b>	<b>+ 6,1 %</b>

\*Données provisoires / Sources : tous régimes.

Le suivi de la mesure de relèvement du plafond est effectué avec onze caisses du régime général<sup>2</sup> en 2014 ainsi qu'avec le RSI et la CCMSA. À partir des éléments transmis, il a été évalué que 114 000 attributions de la CMU-C seraient directement liées à la mesure de janvier à juillet 2014, pour l'ensemble du territoire et des régimes.

2) Marseille, Finistère, Lille-Douai, Hainaut, Rhône, Paris, Nanterre, Bobigny, Cergy Pontoise, Martinique, Réunion.

### ■ Dépense individuelle moyenne des bénéficiaires de la CMU-C, pour la part complémentaire au régime général

Au 31 juillet 2014, La dépense globale cumulée sur 12 mois pour l'ensemble du territoire est de 1 660 M€, elle progresse de 4,6 %, mais la dépense unitaire baisse de 3,9 % sur un an, avec un montant de 428 €.

## La CMU en analyse

### ■ La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2012 et 2013

Le rapport annuel du Fonds sur le coût moyen de la CMU-C par bénéficiaire est publié. En 2013, le coût moyen en droits constatés pour la part couverte par la CMU-C et en métropole, est évalué à 446 € à la CNAMTS, qui gère les droits de 77 % des bénéficiaires et qui regroupe les personnes les plus en difficultés. Il est de 371 € à la CCMSA, de 336 € au RSI et également de 384 € pour les organismes complémentaires, qui gèrent les droits de 15 % des bénéficiaires.

Au niveau local, en données définitives pour 2012, au régime général et en métropole, le coût moyen varie entre 348 € dans l'Yonne à 565 € à Paris<sup>1</sup> et, pour les départements d'outre-mer, entre 360 € en Martinique et 471 € à Guyane.

Les montants varient d'un organisme de gestion à l'autre, mais les proportions entre les différents postes de dépense sont similaires,

Cette baisse de la dépense unitaire est de 2,5 % pour la ville et de 7,5 % pour l'hôpital.

Pour l'hôpital, le poste des forfaits journaliers hospitaliers d'hébergement (- 9,0 % pour 7,2 % de la dépense totale) diminue le plus, mais ce sont les honoraires du secteur public (- 7,0 %, pour 19,8 % de la dépense totale) qui contribuent le plus fortement à la baisse du coût moyen.

Pour la ville, les deux principaux postes responsables de la régression sont les médicaments (- 5,3 % pour 19,8 % de la dépense totale) et les consultations des généralistes (- 5,2 % pour 11,1 % de la dépense totale). Les forfaits pour prothèses dentaires (- 1,4 % pour 11,6 % de la dépense totale), commencent également à diminuer.

#### Les dépenses des 12 derniers mois en trésorerie au 31 juillet 2014 Métropole et Dom

Lieu	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM*	Coût unitaire**	Évolution du coût unitaire
Ville	1 212 418 446 €	+ 6,2 %	312 €	- 2,5 %
Hôpital	447 332 796 €	+ 0,7 %	115 €	- 7,5 %
<b>Total</b>	<b>1 659 751 242 €</b>	<b>+ 4,6 %</b>	<b>428 €</b>	<b>- 3,9 %</b>

\* ACM : année complète mobile

\*\* Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants de la CNAMTS et des SLM dont la CMUC est gérée par le régime obligatoire (3 881 651 bénéficiaires).

### ■ Les bénéficiaires de la CMU de base

Avec 2,22 millions de bénéficiaires à fin juillet 2014, les effectifs de la CMU de base sont équivalents à ceux de juillet 2013 pour l'ensemble du territoire.

Dans le détail, les effectifs de la CMU de base ont régulièrement progressé pendant le deuxième semestre 2013, puis ont marqué un recul de 3,7 % entre décembre 2013 et janvier 2014, suivi les mois suivants par une alternance de progressions et de régressions modérées (entre - 0,2 % et + 0,5 %).

A noter : En l'état actuel de son système d'information, la CNAMTS ne transmet pas au Fonds CMU les effectifs des travailleurs frontaliers suisses affiliés à la CMU de base, qui font l'objet d'un suivi spécifique depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014.

#### Les effectifs des bénéficiaires de la CMU de base au 31 juillet 2014 \*

	Métropole	DOM	Total
Régime général	1 886 943	335 247	2 222 190
Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU de base du 31 juillet 2013 au 31 juillet 2014 *	+ 0,5 %	0,0 %	+ 0,2 %

\* Données provisoires - Source : CNAMTS.

même si, avec 28 % de la dépense totale, la part pour la dépense hospitalière est plus forte au régime général.

L'évolution d'une année sur l'autre est à la baisse. Au régime général elle est de - 0,2 % entre 2011 et 2012 puis de - 1,5 % entre 2012 et le coût évalué pour 2013.

La participation forfaitaire versée par bénéficiaire aux organismes gestionnaires est passée, en 2013, à une prise en charge plafonnée à la dépense réelle en trésorerie, limitée par décret à 400 €. Dans ce cadre, pour l'ensemble du territoire, la CNAMTS (+ SLM) dépasse le forfait de 39 € et les organismes complémentaires se situent 17 € en deçà, sachant que, dans le détail, certains d'entre eux dépassent le montant de la participation forfaitaire.

1) Hors Cantal, Corrèze et Lozère, qui sont neutralisés, du fait d'une dépense hospitalière très élevée, liée à une concentration d'établissements de soins de longs séjours.

Le rapport est disponible sur [www.cmu.fr/rapports\\_depense\\_moyenne\\_cmu-c.php](http://www.cmu.fr/rapports_depense_moyenne_cmu-c.php)

## L'ACS en chiffres

À fin juin 2014, sur 12 mois glissants, 1 173 000 personnes sont bénéficiaires d'une attestation ACS. Ce chiffre est en hausse de 2,9 % en référence à la même date une année plus tôt.

Sur le premier semestre 2014, l'évolution est de + 2,3 % pour la CNAMTS (par rapport au 1<sup>er</sup> semestre 2014). Elle est respectivement de + 13,9 % pour la CCMSA et de + 4,7 % pour le RSI.

Le nombre de personnes ayant effectivement utilisé leur attestation auprès d'un OC s'établit à 921 000 à fin mai 2014 (+ 11,4 % en référence à fin mai 2013, + 2,5 % par rapport à fin février 2014).

Le taux d'utilisation demeure proche des 80 %, mais il est plutôt dans une tendance à la baisse depuis 2013.

Le montant annuel moyen de la déduction augmente logiquement à compter de mai 2014 pour atteindre 295 €. Le montant annuel alloué aux personnes âgées de 60 ans et plus est en effet passé de 500 € à 550 € à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

## Le nombre de bénéficiaires et d'utilisateurs d'attestations ACS sur le 1<sup>er</sup> semestre 2014

	Nbre mensuel de bénéfés	Évol en une année (mois à mois)	Nbre bénéfés au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant annuel déduction
janv-14	101 692	3,8 %	1 160 863	-	-
févr-14	96 961	7,7 %	1 167 784	897 851	277 €
mars-14	96 548	- 1,3 %	1 166 532	-	-
avr-14	95 630	1,0 %	1 167 440	-	-
mai-14	93 113	1,2 %	1 168 539	920 613	295 €
juin-14	98 672	5,1 %	1 173 339	-	-

Source : Régimes et OC.

## L'ACS en analyse

### Les aides supplémentaires à l'ACS versées par les CPAM en 2013

Deux types d'aides supplémentaires à l'ACS sont proposés par les caisses : l'aide qui vient compléter le montant d'ACS accordé (les compléments ACS) et l'aide destinée aux personnes dont les ressources dépassent le plafond prévu pour l'ACS (les aides "effet de seuil").

En 2013, les dispositifs locaux d'aides supplémentaires à l'ACS ont poursuivi leur progression après un saut très important déjà constaté sur 2012 : le nombre de bénéficiaires a augmenté de 16 % par rapport à 2012 (+ 61 % en 2012 par rapport à 2011) ; les montants accordés ont augmenté + 6 % (+ 48 % en 2012 par rapport à 2011). La dépense totale représente 40 % du budget consacré à l'action sociale par les CPAM (39 % en 2012, 30 % en 2011).

Seule une caisse n'est pas concernée :

- 70 CPAM ont développé les deux dispositifs "Compléments ACS" et "Effet de seuil" (72 en 2012),
- 31 CPAM (29 en 2012) présentent un seul dispositif : 30 CPAM le "Complément ACS" et une l'aide "Effet de seuil".

Au niveau des "compléments ACS", 100 CPAM ont développé cette aide qui connaît la plus forte progression : 337 000 bénéficiaires (+ 19 %), pour un montant total de 32 millions d'euros (+ 9 %). L'évolution était respectivement de + 73 % et + 63 % en 2012.

Le montant moyen des interventions s'élève à 96 euros.

Sur 100 CPAM concernées, 71 ont un dispositif d'intervention permettant de proposer systématiquement cette aide.

Les caractéristiques de la nature de l'aide allouée varient. Selon les caisses, elles sont : modulées en fonction de l'âge (65 CPAM), calculées selon un pourcentage du montant de l'ACS (46 CPAM), limitées dans le temps (39 CPAM dont 28 à un an) etc.

26 CPAM ne visent qu'une seule classe d'âge.

Sur ce champ, 57 % des bénéficiaires sont des primo demandeurs de l'ACS et seulement 23 % sont déjà titulaires d'une complémentaire santé.

En 2013, les aides "Effet de seuil" ont concerné 39 325 bénéficiaires (- 4 % par rapport à 2012) pour un montant de 8,1 millions d'euros (- 6 %), traduisant un léger tassement sur ce type d'interventions.

Leur montant moyen s'élève à 205 euros, soit le double par rapport aux compléments ACS.

23 % des CPAM fixent le plafond de revenu pour l'octroi de l'aide aux barèmes appliqués pour les autres aides supplémentaires, 14 % à "plafond CMU-C + 40 %", 13 % à "plafond CMU-C + 50 %", 7 % à "au-delà de plafond CMU-C + 50 %", 4 % au cas par cas.

## Fréquence OC

### Point sur la procédure de régularisation des dépenses de CMU-C

Les nouvelles modalités de remboursement introduites par la LFSS pour 2013 ont conduit à opérer des régularisations en 2014, entre la somme totale des acomptes de dépenses de CMU-C enregistrés en 2013 et le montant définitif des dépenses de CMU-C engagées par les OC en 2013 dans la limite du forfait annuel de 400 € par bénéficiaire.

Un tableau récapitulatif complété par les OC a permis d'ajuster les déclarations trimestrielles initiales. Au moment où est rédigé cet article, une vingtaine d'OC n'a toujours pas adressé ce tableau récapitulatif dont la date limite de transmission était fixée au 30 juin. Les OC en situation de remboursement ont été remboursés par le Fonds CMU dès la fin du mois de septembre, sous réserve de la conformité des éléments retournés.

### Une assiette de la TSA en hausse de 3,1 % sur le 1<sup>er</sup> semestre 2014

Sur le 2<sup>e</sup> trimestre 2014, la hausse de l'assiette de la TSA déclarée par les OC auprès du Fonds CMU s'établit à 2,6 % en référence au 2<sup>e</sup> trimestre 2013. La hausse était de 3,6 % sur le 1<sup>er</sup> trimestre. Au global,

l'évolution semestrielle est de + 3,1 %. Elle correspond aux dernières prévisions du Fonds CMU.

L'évolution semestrielle est de + 1,7 % pour les mutuelles, de + 3,3 % pour les sociétés d'assurance et de + 7,5 % pour les institutions de prévoyance. A méthode de comptabilisation comparable (hors une opération de régularisation exceptionnelle relevant d'exercices antérieurs), l'évolution sur les institutions de prévoyance serait portée à + 6,2 %.

### Assiette de la TSA déclarée par les OC auprès du Fonds CMU sur le 1<sup>er</sup> semestre 2014

	T1 2014	T2 2014	Évol S1 2014 / S1 2013
Mutuelles	4 935 365	4 378 716	1,7 %
IP	1 512 090	1 526 578	7,5 %
Assurances	3 453 969	1 898 913	3,3 %
<b>Total</b>	<b>9 901 423</b>	<b>7 804 207</b>	<b>3,1 %</b>
Évol T N / T N-1	3,6 %	2,6 %	

Source : déclarations trimestrielles des OC.  
Montants hors taxe et hors contribution.

## Textes à la une

### ■ La revalorisation du RSA au 1<sup>er</sup> septembre : augmentation du forfait logement

Le RSA a été revalorisé de 2 % au 1<sup>er</sup> septembre 2014. Ce qui porte son montant à 509,30 €. Cette revalorisation s'inscrit dans le cadre de la revalorisation exceptionnelle de 10 % du RSA sur cinq ans, annoncée en 2013 dans le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Le montant du forfait logement, ajouté aux ressources du demandeur de la CMU-C, de l'ACS, ou de l'AME, bénéficiant d'une aide au logement, propriétaire ou hébergé à titre gratuit, représente 12 % du montant du montant forfaitaire du RSA, soit 61,12 € par mois pour une personne seule (pour les mois de la période de référence situés du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2014).

### ■ Publication du décret relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés

Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 précise le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016 en application de la loi relative à la sécurisation de l'emploi.

Ces garanties devront couvrir l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire, à l'exception des médicaments dont le service médical rendu est classé comme modéré ou faible, des spécialités homéopathiques et des soins thermaux.

Les garanties doivent comprendre également la prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier hospitalier, des dépenses de frais

de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité, ainsi que les dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de deux ans, à hauteur de 100 euros minimum pour les corrections simples, 150 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe et 200 euros minimum pour les corrections complexes. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

Le décret précise les conditions dans lesquelles certains assurés peuvent demander à être dispensés de l'obligation d'affiliation, pour leur propre couverture ou pour celle de leurs ayants droit.

### ■ Loi relative à l'économie sociale et solidaire

La loi ESS a été publiée au JO du 1<sup>er</sup> août 2014. En son article 51, elle autorise la coassurance des contrats collectifs obligatoires entre familles d'organismes complémentaires relevant de réglementations différentes : code de la mutualité, code des assurances et code de la sécurité sociale.

Cette disposition offre une souplesse permettant à plusieurs organismes régis par des codes différents de se regrouper pour assurer les couvertures obligatoires des risques santé et prévoyance des salariés des entreprises. Afin d'aligner les dispositions applicables pour les différents types d'organismes, cet article contient plusieurs mesures de mise en cohérence des dispositions des trois codes relatives à l'information précontractuelle, à la notice d'information à remettre aux salariés, aux clauses bénéficiaires, aux facultés de renonciation et de résiliation, aux délais de prescription et à l'interruption de la prescription, et à la poursuite de la garantie en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires de l'employeur.

## Études et Rapports

### ■ L'enquête ESPS 2012 de l'IRDES

L'Enquête sur la santé et la protection sociale permet de recueillir des données sur l'état de santé, la couverture maladie et le recours aux soins de la population en fonction de ses caractéristiques sociales. L'enquête 2012 a concerné 8 000 ménages et 23 000 individus. Un sur-échantillon de 859 bénéficiaires de la CMU-C est intégré dans l'enquête.

#### Les bénéficiaires de la CMU-C

Les bénéficiaires de la CMU-C âgés de 15 ans et plus estiment être en très bon ou en bon état de santé générale dans 60 % des cas. Ce taux s'établit à 66 % dans la population couverte par une complémentaire privée et 57 % dans celle des personnes non couvertes par une complémentaire santé.

Le relatif bon état de santé déclaré par les bénéficiaires de la CMU-C est un artefact lié à la jeunesse de cette population qui présente en réalité un état de santé nettement plus dégradé que le reste de la population. Ainsi, 38,1 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir une maladie ou problème de santé chronique, un taux un peu inférieur à celui de l'ensemble de la population, 38,6 %. Mais, à structure d'âge et de sexe comparable, le taux de bénéficiaire de la CMUC déclarant un problème de santé chronique devient très supérieur à celui de l'ensemble de la population dans un rapport de 1 à 1,28, alors que ce rapport est de 0,98 pour les personnes couvertes par une complémentaire privée et de 1,10 pour les personnes qui n'ont pas de complémentaire santé.

#### La situation des enquêtés vis-à-vis de la complémentaire santé

##### Les personnes non couvertes par une complémentaire santé

En 2012, 5 % de la population déclare ne pas être couverte par une complémentaire santé. Cette absence de complémentaire santé concerne en premier lieu les plus précaires : 14 % des chômeurs, 11 % des personnes se situant dans le 1<sup>er</sup> quintile de revenu.

S'agissant du motif de non couverture, 9 % indiquent qu'ils sont en cours d'adhésion. Pour les autres, 53 % avancent qu'ils souhaiteraient l'être mais n'en ont pas les moyens, 17 % sont pris en charge à 100 % (ALD, invalidité) par la Sécurité sociale. Seulement 12 % ne souhaitent pas être couverts ou n'en ont pas besoin.

##### Les salariés couverts par une complémentaire santé

Parmi les individus salariés du secteur privé ou d'un particulier, 64 % des personnes sont couvertes par un contrat collectif (85 % des cadres contre

50 % des ouvriers non qualifiés et 44 % des employés de commerce), 28 % par un contrat individuel, 3 % par la CMU-C.

Près des 2/3 des salariés du secteur privé bénéficient donc déjà d'une complémentaire santé collective.

#### La perception du niveau des remboursements des contrats par les assurés

73 %<sup>1</sup> des personnes couvertes par une complémentaire privée déclarent être bien ou très bien être pris en charge pour les forfaits hospitaliers<sup>2</sup>, 54 % pour les lunettes, 51 % pour les dépassements de médecins spécialistes et 49 % pour les prothèses dentaires. Dans tous les cas, excepté pour le forfait hospitalier où l'on ne constate pas d'écart, les salariés du secteur privé couverts par un contrat collectif ont une meilleure perception du niveau de remboursement de leur contrat que ceux couverts par un contrat individuel. Par rapport à ces derniers, la perception du niveau de remboursement est encore moins bonne de la part des chômeurs, alors que celle des retraités apparaît assez comparable à celle des salariés couverts par un contrat individuel.

<sup>1</sup> Le calcul a été effectué en réaffectant les "ne sait pas" selon la structure existante.

<sup>2</sup> En moyenne, la rubrique "très bien" représente 40 % de la rubrique regroupée "très bien et bien pris en charge".

#### Le renoncement aux soins pour raisons financières

En 2012, près de 26 % des personnes interrogées âgées au moins de 18 ans déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour raison financière. Ce pourcentage s'établit à 24 % pour les personnes ayant une couverture complémentaire privée, à 33 % en cas de CMU-C et à 55 % en cas de non couverture.

Le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières concerne 18 % des personnes, 10 % pour les soins d'optique, 5 % pour les consultations de médecins.

Dans tous les cas de figure, plus le niveau de revenu est faible, plus le niveau de renoncement est élevé.

### ■ État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA

Sur la base de l'enquête mise en place en 2012 sur les conditions de vie des bénéficiaires des minima sociaux, la DREES a réalisé une étude sur l'état de santé et le renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA.



Pour mémoire, les bénéficiaires du RSA socle ont accès de plein droit à la CMU-C qui prend en charge la part complémentaire des soins reconnus par l'assurance maladie. En fonction de leurs ressources, les bénéficiaires du RSA activité peuvent avoir droit à la CMU-C ou à l'ACS.

Au 4<sup>e</sup> trimestre 2012, 3 850 allocataires du RSA âgés de 18 à 59 ans, résidant en France métropolitaine, ont été interrogés : 1 450 allocataires du RSA socle non majoré, 1 100 du RSA socle majoré et 1 300 du RSA activité seul.

Il ressort de l'enquête que les bénéficiaires du RSA sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que le reste de la population, moins de 60 % des bénéficiaires du RSA âgés de 18 à 59 ans se déclarent en bonne ou très bonne santé, contre 77 % dans l'ensemble de la population métropolitaine. La part des bénéficiaires qui se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé est trois à quatre fois supérieure que celle de la population générale.

L'état de santé perçu varie selon les caractéristiques des bénéficiaires, l'effet de la couverture maladie sur la perception de la santé est contrasté. Les enquêtés qui bénéficient d'une complémentaire santé (sans l'aide à la complémentaire santé), tout comme ceux qui n'en ont aucune, ont une probabilité plus faible de déclarer une santé altérée plutôt qu'une bonne santé comparés aux bénéficiaires de la CMU-C.

67 % des bénéficiaires du RSA toutes catégories déclarent bénéficier de la CMU-C (80 % des bénéficiaires du RSA socle non majoré, 82 % du RSA socle majoré et 30 % des bénéficiaires du RSA activité seul).

23 % déclarent bénéficier d'une complémentaire santé sans l'ACS (11 % des bénéficiaires du RSA socle non majoré, 12 % du RSA socle majoré et 55 % du RSA activité seul).

2 % déclarent bénéficier d'une complémentaire santé avec l'ACS (1 % des bénéficiaires du RSA socle non majoré, 1 % du RSA socle majoré et 5 % du RSA activité seul).

Moins d'1 % des allocataires du RSA déclarent être couverts à 100 % par la sécurité sociale, 8 % déclarent ne pas avoir de complémentaire santé, dont 8 % des bénéficiaires du RSA socle non majoré, 5 % des bénéficiaires du RSA socle majoré et 9 % des bénéficiaires du RSA activité seul.

Parmi les raisons évoquées pour expliquer pourquoi ils ne bénéficient pas de la CMU-C alors qu'ils n'ont pas d'autre complémentaire santé, 30 % des enquêtés pensent qu'ils ont des revenus trop élevés, 12 % que les démarches sont compliquées et 8 % qu'ils sont en bonne santé.

Enfin l'étude confirme un phénomène connu : les bénéficiaires déclarent renoncer plus souvent à consulter un médecin ou à recevoir des soins dentaires pour des raisons financières : 18 % disent avoir renoncé à une consultation médicale au cours de l'année écoulée et 27 % à des soins dentaires, contre respectivement 4 % et 11 % parmi l'ensemble des 18-59 ans.

■ *Études et résultats n°882 – juin 2014*

## ■ Minima sociaux : la hausse du nombre d'allocataires s'accroît en 2012

Selon le numéro 883 d'Études et résultats publié par la DREES, 3,8 millions de personnes perçoivent l'un des neuf minima sociaux à fin 2012. Ce nombre est en hausse de 4,4 % en un an (après environ + 2,5 % en 2010 et 2011). Il s'agit de la plus forte progression, depuis près de vingt ans, après l'augmentation de 6,2 % en 2009. Avec les conjoints et les enfants à charge, 6,8 millions de personnes sont couvertes par ces minima, soit 10,4 % de la population française.

L'évolution du nombre de bénéficiaires de minima sociaux repose, pour l'essentiel, sur la croissance de 6,2 % du nombre d'allocataires du RSA socle et, à un degré moindre, sur celle de 11,2 % des effectifs de l'allocation de solidarité spécifique (ASS).

Au 31 décembre 2012, 1,69 million de foyers perçoivent le RSA socle, soit 44 % de l'ensemble des allocataires de minima sociaux.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est le deuxième minimum social en nombre d'allocataires, après le RSA. Au 31 décembre 2012, 997 000 personnes perçoivent l'AAH, soit une progression du nombre d'allocataires de 4,2 % sur un an.

L'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) et l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), qui complètent les ressources des personnes âgées de 65 ans ou plus (ou celles ayant atteint l'âge minimum de départ à la retraite en cas d'inaptitude au travail ou d'invalidité) en leur permettant d'atteindre le niveau du minimum vieillesse, comptent 564 400 personnes à fin 2012 (371 400 pour l'ASV et 193 000 pour l'ASPA),

soit 3,6 % des 60 ans ou plus, et 14,7 % de l'ensemble des allocataires de minima sociaux. En 2012, le nombre d'allocataires du minimum vieillesse diminue de 1,4 %, après une baisse de 0,6 % en 2011. La généralisation du système de retraite et l'élévation du montant des pensions réduisent leur nombre depuis la création du minimum vieillesse.

Dans les DOM, à fin 2012, 331 000 personnes sont allocataires de minima sociaux.

L'évolution est proche de celle de la Métropole (+ 4,5 % contre + 4,4 %). Mais la couverture de la population des DOM par un minimum social est trois fois supérieure à celle de la Métropole : en incluant les conjoints et enfants à charge, une personne sur trois est couverte par un minimum social.

■ *Études et résultats n°882 – juin 2014*

## ■ L'absence de complémentaire santé chez les étudiants

A la demande du Fonds CMU, l'ODENORE a réalisé une étude visant à mieux connaître le nombre, la situation et le parcours des étudiants sans complémentaire santé qui pourraient remplir, à titre individuel, les conditions cumulatives d'autonomie financière, géographique et fiscale ouvrant droit à la CMU-C ou à l'ACS.

La population étudiée est composée de l'ensemble des étudiants des cinq établissements d'études supérieures de Grenoble et de l'école doctorale, inscrits à la rentrée universitaire 2013-2014 dans l'une des formations de Licence 1<sup>ère</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année, de Master 2<sup>e</sup> année ou de doctorat. L'enquête porte donc sur la population étudiante d'un site universitaire, l'un des plus importants de France. En 2012-2013, l'université de Grenoble compte 54 253 étudiants inscrits, dont 59,7 % en année 1, 2 ou 3 d'une licence (avec 10 576 premières inscriptions).

La base de données produite par l'enquête comprend au final 2 300 questionnaires.

Parmi l'ensemble des répondants, 84,7 % ont une complémentaire santé et parmi ceux-ci 56,9 % l'ont à titre personnel.

A l'inverse, 15,3 % (353 sur 2 300) n'ont pas de complémentaire santé. Parmi ceux-ci, 22,1 % (78 sur 353) pourraient probablement bénéficier de la CMU-C comme ouvrants-droit dans la mesure où ils semblent remplir l'ensemble des conditions d'éligibilité.

Ce ne sont cependant pas les seuls étudiants à pouvoir bénéficier de la CMU-C, puisque ce peut être aussi le cas de 4,6 % des étudiants qui disposent d'une complémentaire santé à titre personnel et de 4,5 % de ceux qui en ont une mais pas à titre personnel.

Plus de la moitié des étudiants éligibles à la CMU-C sont sans complémentaire santé au moment de l'enquête (53,8 %) et que plus du tiers en ont une à titre personnel.

L'enquête a permis d'appliquer un indicateur de la précarité étudiante reposant sur cinq variables : l'état de santé perçu, un sentiment de solitude, ne pas manger à sa faim, renoncer à des achats de première nécessité et le reste pour vivre.

Il permet d'observer que seuls 16,3 % des étudiants ne sont pas précaires. En revanche, 37,5 % d'entre eux présentent des facteurs de fragilité sociale (économique et relationnelle), tandis que 23,5 % et 22,7 % sont précaires ou très précaires.

Autrement dit, plus de 4 étudiants sur 5 auraient un ou plusieurs facteurs d'exposition à la précarité telle que mesurée par cet indicateur.

L'analyse du rapprochement entre précarité et couverture complémentaire permet d'identifier :

- Un constat attendu : les étudiants éligibles à la CMU-C, qu'ils aient ou non une complémentaire santé, sont ceux présentant le plus de critères de précarité. En effet, ils sont plus nombreux à exprimer un sentiment de solitude, à ne pas manger à leur faim et à renoncer à des achats de première nécessité, ce qui peut notamment s'expliquer par le fait qu'ils soient les plus nombreux à avoir un reste pour vivre situé entre 0 et 99 €. L'éligibilité à la CMU-C étant corrélée aux indicateurs de pauvreté, l'étude rappelle la corrélation entre pauvreté et précarité.

- La confirmation que la couverture complémentaire est un dispositif très favorable à l'état de santé perçu (celui-ci étant très proche de l'état de santé réel des personnes) : les étudiants éligibles à la CMU-C et ayant effectivement une complémentaire santé sont moins nombreux que les étudiants sans complémentaire santé (qu'ils soient ou non éligibles à la CMU-C) à se percevoir en mauvais état de santé. La détention d'une complémentaire santé apparaît donc avoir un impact sur la perception même de l'état de santé des étudiants.

Les raisons de l'absence d'une complémentaire santé sont diverses. Même si l'explication financière vient en tête (40,9 % des raisons sont de cette nature), on peut noter que bon nombre d'étudiants sont en peine pour procéder à une éventuelle demande, par ignorance de ce qu'est une complémentaire santé ou pour d'autres motifs (31,9 %).

Un lien statistique apparaît entre l'absence de complémentaire santé malgré l'éligibilité à la CMU-C et le renoncement à des soins au cours des douze derniers mois.

62,6 % des étudiants sans complémentaire et pourtant éligibles à la CMU-C déclarent avoir renoncé une fois ou plusieurs fois à des soins au cours de l'année écoulée, contre 28,3 % des étudiants avec complémentaire et non éligibles à la CMU-C.

Chez les étudiants sans complémentaire et pourtant éligibles à la CMU-C dans 70 % des cas le renoncement est d'ordre financier, contre 39,9 % chez les étudiants avec complémentaire et non éligibles à la CMU-C.

● *L'étude est disponible sur [www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php](http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php)*

### ■ L'enquête annuelle de la DREES sur la situation financière des OC assurant une couverture santé en 2012

Selon l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement est chargé d'établir un rapport annuel présentant la situation financière des assureurs complémentaires en santé.

Il s'agit du 5<sup>e</sup> rapport rédigé par la DREES et qui présente les résultats obtenus pour les années 2010 à 2012. Le champ d'analyse retenu par la Drees est celui des seuls organismes contrôlés par l'ACP-R et contribuant au financement de la CMU-C.

#### Le poids de la couverture complémentaire santé dans l'ensemble de l'activité des OC

En 2012, elle représente 89 % du chiffre d'affaire global des mutuelles, 47 % de celui des institutions de prévoyance (IP), 15 % de celui des sociétés d'assurance "non-vie" et 7 % pour les sociétés d'assurance "mixte".

Lorsque les mutuelles assurent une couverture santé, elles le font presque exclusivement de toute autre activité, y compris des autres activités relatives aux dommages corporels (invalidité, incapacité, dépendance).

#### La répartition entre individuel et collectif

L'individuel prédomine clairement chez les mutuelles (71 %), même si la part du collectif a augmenté de 1,5 points par rapport à 2011. C'est l'inverse que l'on constate pour les institutions de prévoyance où la part de l'individuel s'établit à 15 %. Les sociétés d'assurance quant à elles se situent dans une situation intermédiaire avec un poids de l'individuel de 57 %.

Quelle que soit la nature de l'organisme, le résultat technique "santé" est tiré à la baisse par la gestion des contrats collectifs.

- Les résultats techniques en santé collective sont déficitaires quelle que soit la nature de l'OC. Le résultat technique qui est exprimé en pourcentage des primes de l'exercice, est tiré à la baisse par la gestion des contrats collectifs. Cela est vrai quelle que soit la nature de l'OC. Les résultats techniques en santé des contrats collectifs sont en effet

systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels ; ils sont en outre systématiquement déficitaires en moyenne par type d'OC.

- Les contrats collectifs dégagent moins de marge que les contrats individuels :

La DREES, grâce à son enquête annuelle sur les contrats modaux, démontre que les niveaux de garantie des contrats collectifs sont sensiblement plus élevés que ceux des contrats individuels. L'examen des comptes, montre quant à lui que quel que soit le type d'organismes, le ratio "charges de prestations" / "primes" des contrats collectifs en santé est supérieur à celui des contrats individuels.

Ce résultat renforce celui tiré de l'enquête DREES sur les contrats modaux. On constate dans les deux cas que les contrats collectifs ont un retour sur primes plus important.

#### Les résultats techniques "santé" sur l'année 2012

Entre 2011 et 2012, sur l'activité "frais de soins", on constate une dégradation du résultat technique rapporté aux primes des mutuelles qui baisse de 1,1 point en passant de 1,8 % à 0,7 %. Le résultat des IP s'est légèrement amélioré (+ 0,2 point : de - 4,0 % à - 3,8 %) mais demeure négatif ; l'évolution a été plus favorable aux sociétés d'assurance : + 0,7 point (le résultat passe de 0,7 % à 1,4 %).

Dans le cas des mutuelles, les primes acquises ont augmenté de 2,1 % alors que les sinistres payés ont augmenté de 2,8 %. Les évolutions s'établissent respectivement à + 5,7 % et + 2,4 % au niveau des IP ; à + 4,6 % et + 4,3 % dans le cas des sociétés d'assurance.

Ces résultats moyens cachent cependant de fortes disparités au sein d'une même catégorie. Toutefois, plus leur chiffre d'affaires est élevé, plus les organismes d'une même catégorie ont des résultats techniques en santé, exprimés en pourcentage de leurs primes, homogènes.

La solvabilité des différents acteurs demeure préservée.

#### Des charges de gestion en santé qui varient fortement selon la nature des organismes

Le poids des charges de gestion est apprécié à partir du ratio :  $(\text{frais de gestion sur prestations} + \text{frais d'acquisition} + \text{frais d'administration}) / \text{primes}$ .

Le poids des charges de gestion est le plus faible pour les IP, le plus fort pour les sociétés d'assurance ; les mutuelles se situent quant à elles dans une position intermédiaire.

Pour les seuls frais de gestion sur prestations, il y a très peu d'écart entre organismes : leur poids s'établit à 4,5 % pour les mutuelles, 4,9 % pour les sociétés d'assurance et 5,2 % pour les IP.

Les écarts de charges de gestion sont en fait essentiellement imputables :

- aux frais d'acquisition, dont le poids apparaît sensiblement plus fort, pour les sociétés d'assurance avec 11,8 % des primes (notamment en raison de leurs contrats individuels) contre respectivement 5,5 % en moyenne pour les mutuelles et 4,8 % pour les IP.
- aux frais d'administration dont le poids apparaît plus élevé pour les mutuelles : 8,0 % contre 4,0 % pour les IP et 5,6 % pour les sociétés d'assurance.

1) Sinistres payés + frais de gestion sur prestations.

## Actualités

### ■ Les Comptes nationaux de la santé 2013

Les Comptes nationaux de la santé 2013, produits par la DREES, donnent une évaluation chaque année du montant total des soins et des biens médicaux consommés en France et permettent ainsi l'analyse de leur évolution.

En 2013, le montant de la dépense courante de santé (DCS) s'élève à 247,7 milliards d'euros, soit 11,7 % du produit intérieur brut (PIB) en base 2010. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui représente les trois quarts de la DCS, atteint pour sa part 186,7 milliards d'euros. Sa progression en valeur est sensiblement inférieure à 3 % pour la quatrième

année consécutive : + 2,2 % en 2013, + 2,2 % en 2012, + 2,5 % en 2011 et + 2,4 % en 2010. Le recul historique de la dépense de médicaments enregistré en 2012 perdure en 2013, tandis que la croissance des dépenses de soins hospitaliers et de soins de ville est stable.

En 2013, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale atteint 76,0 %, celle prise en charge par les organismes complémentaires de 13,8 % (14,7 % si l'on ajoute la taxe de solidarité additionnelle versée au Fonds CMU). La part des dépenses de santé à la charge des ménages a diminué et s'établit à 8,8 % en 2013, en recul de 0,2 % par rapport à 2012.

● *Études et résultats n°890 - Septembre 2014.*

Pour plus d'informations : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)

Références - Lettre d'information éditée par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Adresse : Fonds CMU - Tour ONYX - 10, rue Vandrezanne - 75013 PARIS - Téléphone : 01.58.10.11.90 - Fax : 01.58.10.11.99 -

Courriel : [accueil@fonds-cmu.gouv.fr](mailto:accueil@fonds-cmu.gouv.fr) - Site : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr) - Directeur de la publication : Vincent Beaugrand -

Réalisation et impression : Ateliers J. HIVER - 156, rue Oberkampf - 75011 PARIS - ISSN : 1623-4936 Dépôt légal : Octobre 2014

## Le bilan 2013 de la CMU et de l'ACS

### Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

En 2013, les effectifs pour la CMU-C sont de 4,7 millions en moyenne annuelle, métropole et Dom. Entre 2012 et 2013, les effectifs moyens augmentent de 4,7 % dont 5,1 % en métropole et 1,3 % dans les Dom. Ces évolutions intègrent la mesure de revalorisation exceptionnelle du plafond, appliquée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013.

#### Effectifs des bénéficiaires de la CMU-C, moyenne 2013

(moyenne annuelle)

2013			
Organisme de gestion	Métropole	Dom	Total
CNAMTS	3 153 586	485 850	3 639 436
RSI	217 241	11 156	228 397
MSA	76 328	9 804	86 132
Autres régimes et SLM	35 937	9 260	45 197
<b>Sous-Total</b>	<b>3 483 092</b>	<b>516 071</b>	<b>3 999 162</b>
Organismes complémentaires	633 577	60 760	694 337
<b>Total</b>	<b>4 116 668</b>	<b>576 831</b>	<b>4 693 499</b>

Sources : données transmises par les régimes.

#### Évolution sur un an

Évolution 2012 - 2013	Métropole	Dom	Total
CNAMTS	5,8 %	2,4 %	5,3 %
RSI	13,4 %	5,6 %	13,0 %
MSA	-0,8 %	-8,6 %	-1,7 %
Autres régimes et SLM	6,9 %	2,1 %	5,9 %
<b>Sous-Total</b>	<b>6,1 %</b>	<b>2,2 %</b>	<b>5,6 %</b>
Organismes complémentaires	0,3 %	-5,7 %	-0,2 %
<b>Total</b>	<b>5,1 %</b>	<b>1,3 %</b>	<b>4,7 %</b>

Précisions : La forte progression des effectifs du RSI pour la CMU-C est proportionnelle à la croissance des effectifs du régime, en lien avec le développement du statut d'auto entrepreneur. À la CCMSA, la régression du nombre de bénéficiaires de la CMU-C suit la baisse des effectifs du régime.

### Implication des organismes complémentaires

Sur les 607 OC répertoriés en 2013, 404 organismes, soit 67 %, sont inscrits sur la liste des organismes qui gèrent les contrats de CMU complémentaire. Le chiffre d'affaires des organismes gestionnaires représente 88 % du chiffre d'affaires total des OC, mais ce pourcentage diffère selon la nature des OC : il est de 93 % pour les mutuelles, 86 % pour les institutions de prévoyance et de 80 % pour les sociétés d'assurance.

#### Nombre et CA de l'ensemble des OC et des OC inscrits sur la liste des organismes gérant la CMU-C

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nb total des OC	942	880	785	717	685	637	607
Nb des OC inscrits	235	558	534	495	475	438	404
Part des OC inscrits dans le nb total des OC	25 %	63 %	68 %	69 %	69 %	69 %	67 %

Sources : Ensemble des OC.

### Répartition des organismes complémentaires

357 organismes complémentaires ont déclaré des bénéficiaires de la CMU-C en 2013. Les mutuelles concentrent 76 % des 718 700 bénéficiaires et représentent 87 % des OC concernés.

#### OC ayant déclaré des bénéficiaires de la CMU-C en 2013 - Répartition des bénéficiaires et des OC par type d'organismes

	Nombre bénéficiaires	Répartition bénéficiaires	Nombre OC	Répartition OC
Mutuelle	543 718	75,7%	310	86,8%
Institution de Prévoyance	19 763	2,7%	17	4,8%
Assurance	155 225	21,6%	30	8,4%
<b>Total</b>	<b>718 706</b>	<b>100,0%</b>	<b>357</b>	<b>100,0%</b>

Sources : Ensemble des OC.

### Répartition géographique des bénéficiaires de la CMU-C

La CMU-C couvre 6,3 % de la population en métropole et 30,2 % dans les Dom, en moyenne annuelle, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA).

En métropole, les pourcentages de bénéficiaires par rapport à la population se répartissent entre 3,9 % en Bretagne et 10,6 % dans la région Nord-Pas-de-Calais.

#### Effectifs et pourcentages des bénéficiaires de la CMU-C par région, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), moyenne 2013

(moyenne annuelle)

2013	CMUC-RO	CMUC-OC	Total CMUC	Population	Répart. CMUC	Répart. Population	Pourcent CMUC / Population	Pourcent OC
Alsace	87 551	9 291	96 842	1 888 279	2,2 %	2,8 %	5,1 %	9,6 %
Aquitaine	149 456	31 740	181 196	3 343 621	4,1 %	5,0 %	5,4 %	17,5 %
Auvergne	54 689	15 998	70 687	1 392 017	1,6 %	2,1 %	5,1 %	22,6 %
Basse-Normandie	55 068	25 138	80 206	1 520 236	1,8 %	2,3 %	5,3 %	31,3 %
Bourgogne	66 960	21 988	88 948	1 694 289	2,0 %	2,6 %	5,2 %	24,7 %
Bretagne	86 219	41 967	128 186	3 321 164	2,9 %	5,0 %	3,9 %	32,7 %
Centre	115 964	34 623	150 587	2 628 490	3,4 %	4,0 %	5,7 %	23,0 %
Champagne-Ardenne	88 433	12 710	101 143	1 373 472	2,3 %	2,1 %	7,4 %	12,6 %
Corse	12 275	1 435	13 710	319 690	0,3 %	0,5 %	4,3 %	10,5 %
Franche-Comté	47 569	17 221	64 790	1 210 147	1,5 %	1,8 %	5,4 %	26,6 %
Haute-Normandie	105 337	25 612	130 949	1 882 121	3,0 %	2,8 %	7,0 %	19,6 %
Île-de-France	708 412	50 458	758 870	12 008 865	17,2 %	18,1 %	6,3 %	6,6 %
Languedoc-Roussillon	235 171	29 846	265 017	2 727 903	6,0 %	4,1 %	9,7 %	11,3 %
Limousin	37 586	6 542	44 128	763 438	1,0 %	1,1 %	5,8 %	14,8 %
Lorraine	119 533	25 315	144 848	2 406 616	3,3 %	3,6 %	6,0 %	17,5 %
Midi-Pyrénées	155 541	25 821	181 362	2 987 052	4,1 %	4,5 %	6,1 %	14,2 %
Nord-Pas-de-Calais	388 583	46 911	435 494	4 110 581	9,9 %	6,2 %	10,6 %	10,8 %
Pays-de-la-Loire	121 878	46 675	168 553	3 706 793	3,8 %	5,6 %	4,5 %	27,7 %
Picardie	121 480	14 391	135 871	1 965 680	3,1 %	3,0 %	6,9 %	10,6 %
Poitou-Charentes	83 446	21 667	105 113	1 832 318	2,4 %	2,8 %	5,7 %	20,6 %
Provence-Alpes-Côte-D'azur	368 156	23 302	391 458	5 001 958	8,9 %	7,5 %	7,8 %	6,0 %
Rhône-Alpes	237 743	79 727	317 470	6 440 365	7,2 %	9,7 %	4,9 %	25,1 %
Départements d'Outre-mer	506 816	63 261	570 077	1 887 837	12,9 %	2,8 %	30,2 %	11,1 %
<b>Total métropole</b>	<b>3 447 050</b>	<b>608 378</b>	<b>4 055 428</b>	<b>64 525 095</b>	<b>91,8 %</b>	<b>97,2 %</b>	<b>6,3 %</b>	<b>15,0 %</b>
<b>Total métropole et DOM</b>	<b>3 953 866</b>	<b>671 639</b>	<b>4 625 505</b>	<b>66 412 932</b>	<b>104,7 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>7,0 %</b>	<b>14,5 %</b>

Sources : CNAMTS hors SLM / RSI / CCMSA / INSEE.

Le décalage entre le total des trois régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) au national et le total par région s'explique par le fait que certains bénéficiaires du RSI (environ 200) sont en attente d'affectation à un département au 31/12/2013.

### ■ Les coûts moyens par bénéficiaire

En 2012 en métropole, le coût moyen par bénéficiaire de la CNAMTS est de 453 €, en droits constatés, et il est évalué à 446 € pour 2013. En 2013, la CCMSA et les OC se situent entre 371 € et 384 € et le RSI est à 336 €. Pour rappel, le montant du forfait CMU est de 340 € en 2008, de 370 € de 2009 à 2012, et il est plafonné à 400 € en 2013.

#### Coût moyen par organisme en métropole, en droits constatés

	2008	2009	2010	2011	2012	2013*
CNAMTS + SLM	414 €	425 €	438 €	453 €	453 €	446 €
RSI	339 €	334 €	313 €	330 €	332 €	336 €
CCMSA	365 €	370 €	366 €	372 €	378 €	371 €
Organismes complémentaires	362 €	367 €	369 €	381 €	379 €	384 €

\* Estimation.

Sources : CNAMTS y compris SLM, RSI, CCMSA, Organismes complémentaires.

Le régime général déclare les dépenses de ville et hospitalières les plus importantes. Même si les bénéficiaires de la CMU-C au régime général sont en moyenne plus jeunes que dans les autres régimes, ils sont également en plus mauvais état de santé.

#### Répartition de la dépense moyenne entre ville et hôpital, en 2012, par organisme, en métropole, en droits constatés

	CNAMTS + SLM	RSI	CCMSA	OC
Ville	324 €	264 €	287 €	294 €
dont forfaits CMU	67 €	50 €	65 €	60 €
Hôpital	129 €	68 €	92 €	85 €
dont forfait journalier	37 €	12 €	21 €	23 €
<b>Total</b>	<b>453 €</b>	<b>332 €</b>	<b>378 €</b>	<b>379 €</b>

Sources : CNAMTS y compris SLM, RSI, CCMSA, Organismes complémentaires.

### ■ Les effectifs de la CMU de base

Avec une moyenne de 2,2 millions de bénéficiaires en 2013, les effectifs moyens de la CMU de base ont augmenté de 0,9 % par rapport 2012. Cette légère progression est portée par la métropole.

#### Effectifs de la CMU de base, moyennes 2012 et 2013

Année	Métropole & Dom		Métropole		Dom	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
2012	2 221 931		1 878 274		343 657	
2013	2 242 482	0,9 %	1 898 330	1,1 %	344 152	0,1 %

Source : CNAMTS.

### ■ Les bénéficiaires de l'aide complémentaire santé

Sur l'année 2013, en glissement annuel, 1,16 million de personnes se sont vues délivrer une attestation de droit à l'ACS, correspondant à une hausse de 15,1 % par rapport à 2012. La hausse s'est établie à 15,9 % pour la CNAMTS, 11,3 % pour le RSI et 1,3 % pour la CCMSA. Cette évolution intègre la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond de l'ACS sur le deuxième semestre. Sur le premier semestre 2013, la hausse aura été de 11,7 %, par rapport au premier semestre 2012 et, pour le second semestre 2013, de 18,6 % par rapport au second semestre 2012.

#### Délivrance et utilisation des attestations ACS en 2013

	Nbre mensuel de bénéfés	Nbre bénéfés au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant annuel déduction
janv-13	98 007	1 014 209		-
févr-13	90 040	1 017 968	776 374	278 €
mars-13	97 800	1 027 693	-	-
avr-13	94 722	1 048 171	-	-
mai-13	92 014	1 060 464	826 257	277 €
juin-13	93 872	1 064 499	-	-
juil-13	104 056	1 091 674	-	-
août-13	80 089	1 093 804	873 677	277 €
sept-13	90 096	1 106 611	-	-
oct-13	105 310	1 120 519	-	-
nov-13	106 366	1 135 679	885 312	282 €
déc-13	104 806	1 157 178	-	-

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI, Fonds CMU.

885 300 personnes ont effectivement utilisé leur attestation auprès d'un OC à fin novembre 2013, soit une augmentation de 14,4 % par rapport à fin novembre 2012.

Le taux d'utilisation oscille autour de 80 %. Le montant annuel de la déduction, après avoir été stable début 2013 à hauteur de 277 €, augmente sur le dernier trimestre pour atteindre 282 €.

Parmi les bénéficiaires, 69,6 % ont fait valoir leur droit auprès d'une mutuelle, 28,2 % auprès d'une société d'assurance et 2,2 % dans une institution de prévoyance.

### ■ L'assiette de la TSA (Taxe de solidarité additionnelle)

Sur l'année 2013, l'assiette de TSA déclarée par les OC auprès du Fonds CMU s'établit à 32,9 milliards d'euros, en hausse de 2,3 % par rapport à 2012.

La hausse s'établit à 1,5 % pour les mutuelles, 1,1 % pour les institutions de prévoyance et 4,8 % pour les sociétés d'assurance.

Il s'agit de chiffres bruts qui prennent en compte des changements de méthodes de comptabilisation et / ou des décalages de déclarations d'un exercice sur l'autre. Si on neutralise les situations de cette nature qui ont pu être identifiées, afin d'approcher une évolution "à méthode de comptabilisation inchangée" et mieux traduire l'évolution réelle du marché, l'évolution de l'assiette de la TSA serait portée 3,5 %.

#### Assiette taxe CMU déclarée par les OC en 2013 (en milliers d'euros)

	Mutuelles	IP	Assurances	Total
Assiette santé	17 845 571	5 806 129	9 241 517	<b>32 893 218</b>
Structure	54,3 %	17,7 %	28,1 %	<b>100,0 %</b>
Nombre OC 2013	480	97	28	<b>605</b>

Source : OC / Fonds CMU.